UNIVERSITÉ PAUL SABATIER
TOULOUSE III
UNITÉS MÉDICALES

Année 1971 N° 50

UNE ANTENNE PSYCHIATRIQUE DANS UN SERVICE DE MÉDECINE GÉNÉRALE

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine

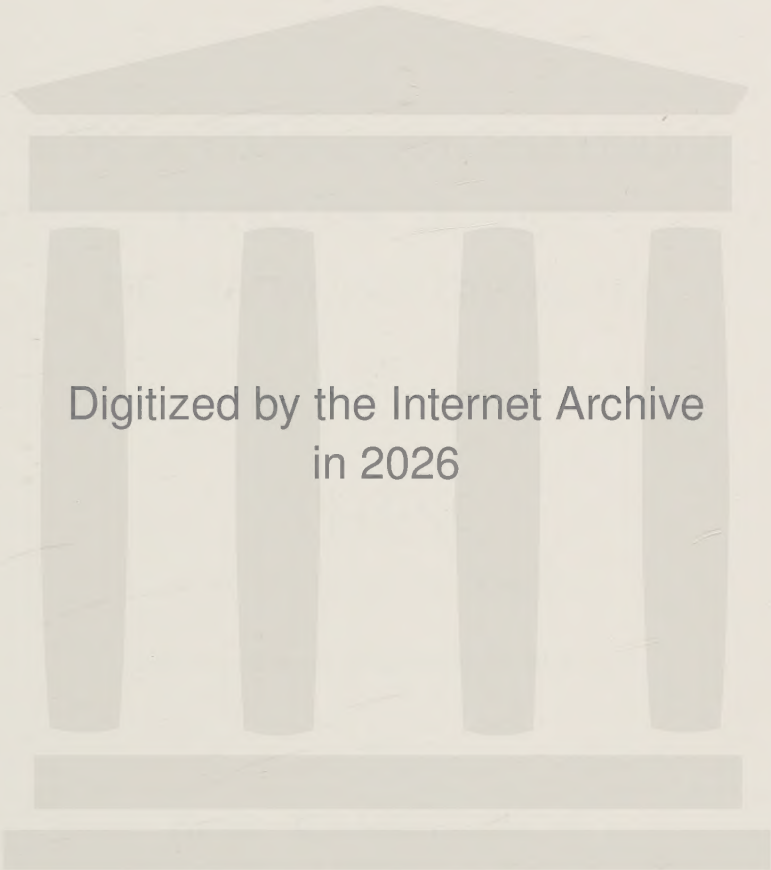
présentée et soutenue publiquement en Mars 1971

par

SERGE WASERSZTRUM
DIPLOMÉ DE MÉDECINE DU TRAVAIL
DIPLOMÉ DE NEURO - PSYCHIATRIE

Membres du Jury

MM.	C. BOULARD	Président
	P. DARDENNE	Assesseurs
	L. GAYRAL	
	J. LABOUCARIE	
	A. BES	Suppléant


Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536510_0027

UNIVERSITÉ PAUL SABATIER
TOULOUSE III
UNITÉS MÉDICALES

Année 1971 N° 50

UNE ANTENNE PSYCHIATRIQUE DANS UN SERVICE DE MÉDECINE GÉNÉRALE

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement en Mars 1971

par

SERGE WASERSZTRUM
DIPLOMÉ DE MÉDECINE DU TRAVAIL
DIPLOMÉ DE NEURO - PSYCHIATRIE

Membres du Jury

MM.	C. BOULARD	Président
	P. DARDENNE	Assesseurs
	L. GAYRAL	
	J. LABOUCARIE	
	A. BES	Suppléant

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

UNIVERSITÉ PAUL SABATIER

118, Route de Narbonne

31 - TOULOUSE

TABLEAU DU PERSONNEL

UNITES MEDICALES

Président de l'Université : Monsieur LARENG.

1er Vice-Président : Monsieur MATHIS.

Directeur de l'Unité des Sciences Médicales TOULOUSE-PURPAN : Monsieur MONNIER.

Dircteur de l'Unité des Sciences Médicales TOULOUSE-RANGUEIL : Monsieur ENJALBERT

Doyens Honoraires : MM. LAZORTHES, GORSE, CALVET, BRUSTIER.

Professeurs honoraires : MM. VALLOIS, TAPIE, DELAS, RISER, BUGNARD, VINCENT, MOREL, BOUISSET, CALMETTES, THOMAS, LAGROT, Mme DULUCQ.

Clinique Médicale et Cardiologique	MM. DARDENNE
Clinique Médicale Sud	GADRAT
Clinique Chirurgicale	FICAT
Clinique Chirurgicale A et Gynécologie . . .	POULHES
Clinique Chirurgicale B et du Cancer . . .	GRIMOUD
Clinique Chirurgicale infantile et orthopédie	PASQUIE
Clinique Chirurgicale orthopédique et traumatologique	RIEUNAU
Clinique de Chirurgie cardio-vasculaire . .	ENJALBERT
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BAZEX
Clinique des maladies des voies urinaires . .	LHEZ
Clinique des maladies infectieuses	ARMENGAUD M.
Clinique médicale infantile et puériculture . .	SOREL
Clinique médicale de la première enfance . .	BARDIER
Clinique de neuro-chirurgie	LAZORTHES G.
Clinique neurologique et psychiatrique . . .	GERAUD
Clinique obstétricale	PONTONNIER
Clinique odonto-stomatologique	CADENAT
Clinique ophtalmologique	DEODATI
Clinique O.R.L. et chirurgie maxillo-faciale	CALVET

Clinique de pneumo-phtisiologie	MM. DELAUDE
Clinique rhumatologique	RUFFIE René
Accouchement et obstéricie sociale	MONROZIES
Anatomie	BASTIDE
Anatomie pathologique	FABRE Jacques
Anatomie appliquée	JUSKIEWENSKI
Anesthésie et Réanimation	LARENG L.
Bactériologie et Virologie	Mme ENJALBERT
Biophysique médicale A	MM. AUVERGNAT
Biophysique médicale B	BRU
Chimie biologique	VALDIGUIE P.
Electro radiologie	MARQUES
embryologie générale	BROUSSY Jean
Hématologie	RUFFIE Jacques
Histologie	BIMES
Hydrologie, Thérapeutique et Climatologie	N.....
Cardiologie clinique et expérimentale	CALAZEL
Hygiène et médecine sociale	MONNIER
Immunologie	DUCOS
Médecine légale et médecine du travail	PLANQUES
Pathologie chirurgicale	DAMBRIN
Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL
Pathologie médicale	RIBAUT
Physiologie	LAPORTE Yves
Physiologie appliquée et pharmacologie	BAISSET
Sémiologie et clinique médicale	LAPORTE J.
Thérapeutique	DARNAUD

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Histologie et Embryologie	MM. GUILHEM
Anatomie pathologique	BOUISSOU
Biochimie médicale	DOUSTE-BLAZY
Histologie et Embryologie	PLANEL
Oto-Rhino-Laryngologie	CLAUX
Pathologie Médicale	BOULARD
Physiologie	MONTASTRUC
Physiologie	BESSOU
Physique médicale	COMMANAY
Pneumo-Phtisiologie	MIGUERES

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie pathologique	M. FABRE Jean
Bactériologie, parasitologie, virologie	Mme LARENG M.B.
Biochimie médicale	MM. VALDIGUIE P.
Chirurgie générale	GEDEON
Chirurgie générale	SARRAZIN
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	ESCHAPASSE
Electro-radiologie	PONS
Electro-radiologie	ROULLEAU
Médecine générale et thérapeutique	BOLLINELLI
Pédiatrie	DALOUS
Neuro-Chirurgie	ESPAGNO J.
Médecine générale et thérapeutique	SUC
Pédiatrie	REGNIER
Médecine générale	RIBET

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Carcinologie	MM. ESTRADE
Médecine générale et thérapeutique	BES
Médecine générale	ARLET Jacques
Dermatologie, Vénéréologie	DUPRE
Thérapeutique	DENARD
Physiologie	GERAL J.-P.
Cardiologie	BOUNHOURE
Thérapeutique, réanimation médicale, Rééducation fonctionnelle et Hydrologie	SALVADOR M.
Radiologie	COMBES Pierre
Pneumo-phtisiologie	ALBAREDE J.L.
Pédiatrie génétique médicale	ROCHICCIOLI P.
Chirurgie générale	ESCAT Jean
Chirurgie générale	COSTAGLIOLA
Orthopédie, Traumatologie, Chirurgie plastique et reconstructive	UTHEZA Guy
Urologie	PONTONNIER F.
Histologie, Embryologie, Cytogénétique	SOLEILHAVOUP
Biophysique	GUIRAUD R.
Physiologie	PAGES Bernard
Parasitologie	LARROUY
Immunologie, Hématologie, Maladies du sang	BIERME Robert
Anatomie et organogénèse	JUSKIEWENSKI S
Médecine interne	FEDOU Robert
Médecine générale	RASCOL
Médecine Légale	CREZES-RUEFF
Médecine Interne	LE TALLEC
Neurologie et Psychiatrie	GAYRAL

AGREGES

Chirurgie générale	MM. GAUBERT
Ophtalmologie	BEC
Pathologie Expérimentale	GLEIZES

AGREGES - LIBRES

Chirurgie générale	MM. SOUQUET
Pathologie chirurgicale	DIEULAFE
Obstérique	ESPAGNO G.

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

Psychiatrie	M. LABOUCARIE

Secrétaire Général de l'Université : Monsieur PRINEAU J.-P.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats (délibération en date du 12 Mai 1891).

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

En témoignage de tout mon respect et de toute mon admiration, avec gratitude pour les sacrifices qu'elle a consentis pour que ce jour arrive.

Qu'elle trouve ici l'expression de ma profonde affection.

A JEAN, MON FRERE

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur BOULARD

Professeur de Pathologie Médicale
Médecin des Hôpitaux

Vous nous avez accueilli dans votre service où nous avons pu apprécier vos brillantes leçons cliniques et votre sens de l'humain profond et vrai.

Vous avez bien voulu nous confier la rédaction de ce travail et nous faire le grand honneur de présider le jury de notre thèse.

Veuillez trouver ici l'hommage de notre profonde gratitude.

A NOTRE JURY DE THESE

Monsieur le Professeur DARDENNE

Professeur de Clinique Médicale et Cardiologique
Médecin des Hôpitaux

Nous gardons un souvenir vivant de votre enseignement à la faculté et à l'hôpital.

Vous nous avez appris à comprendre et à soigner l'être malade.

Qu'il nous soit permis aujourd'hui de vous exprimer toute notre reconnaissance.

Monsieur le Professeur GAYRAL

Maître de conférences Agrégé de Neurologie et de Psychiatrie
Médecin des Hôpitaux

Nous avons toujours apprécié votre grande érudition et la qualité de votre enseignement psychiatrique.

Nous sommes particulièrement sensible à l'honneur que vous nous faites d'avoir bien voulu siéger à notre thèse.

Nous tenons à vous assurer de notre plus profond respect.

Monsieur le Docteur LABOUCARIE

Maître de Conférences Associé de Psychiatrie
Chevalier de la Légion d'Honneur

Vous nous avez toujours témoigné un intérêt bienveillant pendant nos études psychiatriques qui ont bénéficié chaque jour de votre grande expérience et de votre enseignement riche et nuancé.

Nous en gardons un très vif souvenir.

Qu'il nous soit permis de vous exprimer toute notre respectueuse gratitude.

Monsieur le Professeur BES

Maître de Conférences Agrégé de Médecine Générale et Thérapeutique

Vous nous faites l'honneur de bien vouloir juger ce travail.

Veuillez trouver ici l'assurance de notre vive reconnaissance.

A Monsieur le Docteur JORDA

Vous nous avez prodigué vos conseils et toujours guidé amicalement dans l'élaboration de ce travail.

Nous vous en remercions sincèrement.

A TOUT LE PERSONNEL DU BLOC MEDICAL D'URGENCE ET DU SERVICE DE PSYCHIATRIE DE LA GRAVE

SOMMAIRE

INTRODUCTION

I. - CADRE, FONCTIONNEMENT ET METHODOLOGIE DE L'ANTENNE PSYCHIATRIQUE.

Le Cadre : Le Bloc d'Urgence Médicale.

Les Malades.

Fonctionnement de l'Antenne.

II. - BILANS ET RESULTATS.

Quelques données statistiques globales.

Tableau du Motif d'entrée au B.U.M. et Remarques.

Tableau des Diagnostics faits par l'Antenne et Remarques.

Tableau de l'Orientation des malades et Remarques.

CONCLUSIONS

INTRODUCTION

Le besoin de soins psychiatriques pour un grand nombre de malades admis dans les services de Médecine des Hôpitaux généraux est bien reconnu.

On ne peut dire, pour autant que l'implantation dans les services de Médecine, d'organismes de liaison et de soins psychiatriques soit pleinement entrée dans les mœurs, ni surtout codifiée.

C'est une expérience de la sorte qui est pourtant mise en œuvre depuis cinq ans au Bloc d'Urgence Médicale de l'Hôpital Purpan, à Toulouse, où fonctionne une antenne psychiatrique. Il est très intéressant d'analyser son travail, sa méthodologie et de tracer un bilan de ses résultats.

Ce bilan portera sur la période du 17 novembre 1965, jour de la première consultation au 30 avril 1967, période qui pour avoir été en quelque sorte expérimentale n'en apporte pas moins de précieux renseignements pour une étude critique et une utilisation de ces données. C'est là le but de ce travail qui nous a été confié par le chef de service, Monsieur le Professeur BOULARD.

CADRE, FONCTIONNEMENT ET MÉTHODOLOGIE DU TRAVAIL DE L'ANTENNE PSYCHIATRIQUE

LE CADRE :
LE BLOC D'URGENCE MEDICALE
HISTORIQUE ET ANALYSE SCHEMATIQUE
DU B. U. M. (1)

Le B.U.M. est un service récent et de conception originale créé il y a 8 ans pour combler une lacune dans l'organisation du centre hospitalier. En effet, avant 1963, il n'y avait à l'hôpital de Purpan aucun service de Porte en dehors des heures d'ouverture, des consultations et de l'activité médicale des services ; les malades étaient alors répartis dans les services de médecine en fonction d'un critère empirique et surtout non strictement médical, celui de la place disponible.

Ce qui n'était qu'un simple facteur de gêne, lorsque le caractère d'urgence n'était pas patent, pouvait en cas d'urgence avérée devenir plus dramatique. En effet, contrairement à ce qui se passait dans le domaine chirurgical ou un Bloc d'Urgence était en fonction, les urgences médicales arrivées aux portes du C.H.U. ne se trouvaient pas d'emblée accueillies par un service pleinement apte au diagnostic et au traitement rapide et de ce fait, subissaient la perte d'un temps précieux, ce qui pouvait assombrir le pronostic.

(1) — Pour une description détaillée, voir : Dr. J. GRABLI le Bloc d'Urgence Médicale Thèse Toulouse 1967.

Dès son entrée en service, le 1er janvier 1963 le B.U.M. devait donc faire face sept jours sur sept et vingt quatre heures sur vingt quatre :

— aux urgences médicales ;

— aux hospitalisations de transit vers d'autres services ;

— aux hospitalisations d'urgence relative, surtout de type social ;

— à la prise en charge de malades adressés au chef de service.

En assurant pour chaque entrant :
d'une part

— l'examen d'entrée, le diagnostic

— et le traitement d'urgence éventuel.

— les premiers bilans biologiques et paracliniques de « débrouillage » ;

— un examen de synthèse avec constitution d'un dossier.

d'autre part

— l'orientation du malade, qui doit se faire dans la bonne direction et ensuite être rapide, c'est-à-dire effectuée en moyenne sous 24 à 48 heures.

On comprend que tout entrant au B.U.M. quel que soit le degré d'urgence qui l'amène, n'y perd pas de temps, le traitement d'urgence y étant assuré, le transfert éventuel et les soins ultérieurs dans un autre service facilités par la fiche de liaison dictée par le chef de service du B.U.M. et comportant les éléments diagnostiques et thérapeutiques accompagnés des premiers bilans.

Le Bloc initial d'urgence Médicale ou bloc I véritable plaque tournante d'un grand hôpital général s'est rapidement complété d'un Bloc II qui se

présente comme un service de Médecine Générale de conception plus classique qui reçoit :

— des malades transférés du Bloc I :
— des entrants adressés plus particulièrement au service ;
— des malades justiciables de bilans et de soins endocrinologiques.

Naturellement le B.U.M. intégré dans l'ensemble du C.H.U. obéit à sa vocation universitaire et l'enseignement, aussi bien au Bloc I qu'au Bloc II, constitue une partie importante des activités du service.

De par la définition de sa mission, le B.U.M. est amené à être un service médical polyvalent, à assumer un diagnostic précis et des soins pour des affections représentant tout l'éventail de la pathologie médicale.

C'est là une mission qui fait appel à une vision à la fois globale et très précise de l'homme malade.

On comprend que le besoin de collaboration entre l'équipe du B.UM. et les services médicaux et chirurgicaux spécialisés du C.H.U. devait se manifester et surtout s'exprimer dans les faits. C'est ce qui s'est produit, et on pouvait penser que la forme de collaboration la plus souhaitable, la plus efficace et la plus insérée dans la réalité des faits cliniques, était l'antenne de consultation d'un service spécialisé, pouvant assurer le dépistage et la continuité des soins dans les meilleures conditions, pour le malade, le service d'urgence médicale et les spécialistes.

C'est là une solution à la fois technique et humaine, c'est celle qui a été retenue par le chef de service du B.U.M., aussi bien pour les problèmes cardiologiques, neurologiques, que pour les problèmes psychiatriques qui sont notre propos.

FONCTIONNEMENT ET METHODOLOGIE DE L'ANTENNE PSYCHIATRIQUE

Etudier le fonctionnement de l'antenne psychiatrique du B.U.M. revient à répondre à ces 2 questions :

— Quels malades du B.U.M. sont justiciables d'un avis ou de soins psychiatriques ?

— Dans quelles conditions s'exerce la consultation ?

LES MALADES :

Nous avons vu que la population desservie par le B.U.M. **est très vaste** et que les admissions se font sur une conception extrêmement large de l'urgence.

Les problèmes psychiatriques posés par les malades admis au B.U.M. sont donc très variables, tous les cas peuvent se présenter, depuis les urgences psychiatriques typiques (Suicide, Délirium Trémens) ou les malades psychiatriques adressés au B.U.M. par leur généraliste par méconnaissance ou refus des formalités d'admission en milieu spécialisé, jusqu'aux cas où des difficultés dans l'entretien des réactions « étranges » à l'hospitalisation, voire même la négativité absolue de l'examen somatique, font pressentir le besoin de l'appel au psychiatre.

Quoiqu'il en soit les malades vus par l'antenne psychiatrique sont choisis par l'équipe médicale du B.U.M.

METHODE DE TRAVAIL :

Une fois les malades choisis par le B.U.M. ; le consultant, chef de clinique du département Universitaire de Psychiatrie (1) est appelé à voir les malades, avec qui il aura un entretien, en général unique, mais très souvent prolongé ; il aboutit à un diagnostic psychiatrique de première approche ou de dépistage, qui a pour conséquence une décision discutée en commun avec :

— avis de traitement sur place (surtout dans le cadre du Bloc II) ;

— ou orientation vers un milieu spécialisé psychiatrique ou non.

Le psychiatre bénéficie dans ces conditions de l'utilisation du cadre et de l'infrastructure du B.U.M., où il peut voir le malade :

— avec un bilan clinique et biologique déjà avancé, qu'il peut consulter ;

— et acceptant l'entretien psychiatrique avec facilité, pratiquement au même titre, qu'un autre examen de spécialité médicale.

Il peut d'autre part prendre contact avec les familles dans de bonnes conditions et recueillir ainsi l'histoire de la maladie avec les tenants et aboutissants de l'épisode actuel.

(1) — Ce travail a été assuré pour la période dont nous faisons état par Mr. le Docteur JORDA.

Le malade bénéficie aussi de la collaboration étroite entre psychiatre et somaticien du C.H.U., quand son état nécessite un transfert. En effet, la prise en charge s'effectuera rapidement et sans heurt dans un service spécialisé adapté à tous les cas psychiatriques : là le malade retrouvera le psychiatre intégré à la fois à l'équipe médicale et psychiatrique, et l'on devine aisément tous les précieux avantages au point de vue psychothérapique que cela comporte.

BILAN DU TRAVAIL
DE L'ANTENNE PSYCHIATRIQUE
AU B. U. M.

Précédé de succintes données statistiques globales, le bilan du travail de l'antenne repose sur 3 paramètres qui représentent des étapes successives.

1°) motif d'Hospitalisation au B.U.M. ;

2°) diagnostic porté par l'antenne ;

3°) orientation des malades vus par l'antenne.

Ces trois tableaux seront assortis de quelques remarques que nous voulons être non pas des commentaires superflus de chiffres assez explicites en eux-mêmes, mais de brefs éclaircissements sur quelques points dont certains pourraient paraître surprenants et dont d'autres méritent selon nous d'être soulignés.

DONNÉES STATISTIQUES GLOBALES

période du 17.11.1965 au 30.4.1967.

Total des entrants au B.U.M. 6462
Vus sur le plan psychiatrique 340

Le pourcentage d'hospitalisés nécessitant une consultation psychiatrique est donc de 5,26 %.

QUELQUES REMARQUES :

Il nous a paru intéressant de mettre ce pourcentage en parallèle avec ceux cités par quelques auteurs ayant conduit des expériences similaires.

Deux d'entre eux relèvent un pourcentage voisin :

Lambling et Coll (71) ..... 6 %
Pestel, M^me^ Bœgner-Plichet (98) .. 7,8 %

Pour d'autres le pourcentage est plus important :

G. Boudin (16) ..... 20 %
(mais comportant également les problèmes neurologiques)
Helsborg (57) ..... 22 %
Friedman (43) ..... 14,16 %

Il faut savoir qu'au B.U.M. après la période initiale ce pourcentage de 5,26 % a été dépassé. Quoiqu'il en soit malgré un certain côté arbitraire inévitable, ces chiffres sont très révélateurs de l'acuité du problème. Ils confirment les statistiques faites sur leur clientèle par des praticiens de médecine générale dont certains décèlent jusqu'à 30 % de malades chez qui les troubles psychologiques dominent le tableau.

Répartition des 340 malades suivant l'état civil.

Suivant le sexe :	Nombre	Pourcentage
— Hommes	161	47,3 %
— Femmes	179	52,7 %
Suivant l'âge :		
— jusqu'à 25 ans	84	24,4 %
— de 25 à 40 ans	111	32,8 %
— de 40 à 60 ans	111	32,8 %
— 60 ans et plus	34	10 %

On remarque le nombre élevé et d'ailleurs toujours croissant de jeunes malades ce qui confirme un phénomène que l'on peut observer tous les jours dans les services psychiatriques du C.H.U.

TABLEAU I

MOTIFS D'HOSPITALISATIONS AU B.U.M.

	Nombre	Pourcentage
— **Somatiques**	110	32,3 %
— **Neuropsychiatriques**		
— Tentatives de suicide	63	18,6 %
— Agitation - Agressivité	53	15,6 %
— Autres troubles du comportement	16	4,7 %
— Perte de connaissance	47	13,8 %
— Crise	29	8,5 %
— Etat confusionnel	15	4,4 %
— Impuissance	1	0,3 %
— Fugue	1	0,3 %
— **Motif social**	5	1,5 %

QUELQUES REMARQUES :

On est d'emblée frappé par le nombre élevé de malades entrés pour des motifs purement **somatiques**, et qui ont amené le B.U.M. à demander l'intervention du psychiatre.

Il s'agit là d'une démonstration du rôle de dépistage joué par l'antenne.

En effet, si quelques consultations ont révélé des troubles peu importants, facilement réductibles, 16 de ces 110 malades ont été ultérieurement adressés au service psychiatrique de l'hôpital de la Grave. On peut dire que cette prise en charge, précoce, qui sans l'hospitalisation au B.U.M. et la collaboration psychiatre-somaticien, n'aurait peut-être pas eu lieu, a pu sans doute éviter des mesures coercitives et infiniment plus dramatiques à la suite du retentissement social ultérieur des troubles mentaux non traités.

Le problème du suicide :

Il apparaît comme fondamentalement important d'autant plus que le nombre de tentatives vu par le psychiatre au B.U.M. ne reflète pas vraiment la réalité numérique à l'échelon de la population desservie

En effet, comme on le sait, nombre de tentatives avec peu de retentissement somatique sont dissimulées par les malades ou leur famille, tandis qu'au contraire d'autres avec atteinte somatique très grave, sont dirigés vers les services de réanimation ou l'orage somatique passé, les mêmes problèmes psychologiques se poseront (1).

La tentative de suicide et sa post-cure constituent un domaine d'élection pour la collaboration entre l'équipe médicale et le psychiatre, le but recherché étant la prévention des récidives. Comprendre l'appel que constitue une tentative même d'allure très bénigne est essentiel. Traiter les troubles somatiques exclusivement, serait se soustraire à une urgence thérapeutique.

(1) — Voir travail de Géraud, Moron, Larenq (45).

Il faut dire d'ailleurs que nombre d'initiatives d'antennes psychiatriques sont nées dans ce contexte avant de voir s'élargir leur champ d'action (71)

Les **hospitalisations pour motif social** sont également plus nombreuses en fait que ne le montre le tableau. Certaines en effet dans un premier stade se retrouvent dans la rubrique : Perte de Connaissance et crise sur la voie publique.

D'autre part, des malades hospitalisés pour des raisons purement sociales, seuls ont été vus dans le cadre de la consultation psychiatrique ceux qui pouvaient vraiment bénéficier d'une telle aide.

Les autres sont pris en charge par les différents organismes sociaux qui collaborent avec l'équipe du B.U.M.

TABLEAU II

DIAGNOSTICS PORTES PAR L'ANTENNE

		Nombre de malades
AFFECTIONS PSYCHIATRIQUES AIGUES ET SUBAIGUES	Dépression Névrotique	69
	» Mélancolique	25
	» Réactionnelle	2
	Psychose délirante aiguë	11
	Réactions Psycho - névrotiques aiguës	11
	Confusion mentale	4
	Manie	12
	Psychose puerpérale	1
	Anorexie Mentale	1
AFFECTIONS PSYCHIATRIQUES CHRONIQUES	Personnalité psychopathique	37
	Névrose Hystérique	49
	Névrose d'angoisse	7
	Névrose de caractère	14
	Névrose obsessionnelle	2
	Psychoses délirantes chroniques	
	Paranoïa	2
	hallucinatoire	2
	paraphrénies	1
	Démences séniles	6
	autres	1
	Schizophrénie	4
Syndrôme subjectif des Traumatisés Crâniens		3

ALCOOLISME ET SES MANIFESTATIONS	Ivresse pathologique	5
	Onirisme	3
	Délirium	15
	Etat Confusionnel	5
	Troubles du comportement	2
	Décompensation somatique de l'éthylisme chronique	2
EPILEPSIE		13
Psychosomatiques		10
Hypocondriaques		7
ORGANIQUES	Infectieux	1
	Neurologiques	9
	Affections somatiques et psychiques associées	3
Inadaptation au séjour hospitalier		2
Simulation (Hospitalisme)		2
Pithiatisme		1
Sans anomalies		6

QUELQUES REMARQUES :

Il est intéressant de noter qu'il n'y a pas de parallélisme strict entre les diagnostics psychiatriques portés dans le cadre d'un service de médeci-

ne et ceux que l'on rencontre dans un service de psychiatrie desservant tous deux une vaste population ; et en particulier en ce qui concerne le domaine de la psychiatrie « lourde ».

L'explication en est simple.

La majorité des **délirants** par exmple, empruntent d'autres voies que celle du service de Médecine. Il est bien rare qu'ils ne soient déjà suivis, voire même catalogués, et orientés au moindre trouble directement vers les services psychiatriques. Pour ce qui est des **schizophrénies**, même remarque mais de plus, il aurait été intéressant de pouvoir suivre le devenir des onze malades pour lesquels le diagnostic de psychose délirante aiguë a été porté. On sait que pour une certaine proportion d'entre eux, l'évolution schizophrénique est à redouter.

L'ALCOOLISME :

Nous avons donné une placé à part dans le tableau de diagnostics à l'alcoolisme et ses manifestations, ce n'est pas là jeu d'écriture ; nous avons voulu simplement souligner la place importante qu'il tient dans la pathologie psychiatrique rencontrée au B.U.M. D'autant plus que chez nombre d'autres malades ce facteur était surajouté ou intriqué.

Tant au point de vue diagnostic que thérapeutique, il apparaît que les problèmes posés par les ethyliques hospitalisés devrait faire l'objet d'une étude complète qui serait suivie de solutions originales, comme par exemple une antenne spécialisée. Cette dernière remarque est également valable pour les **épileptiques** qui trouvent dans le cadre de soins psychiatriques à l'hôpital général de nouvelles perspectives ; en effet, ils risquent moins

de traverser les services de l'hôpital général sans que leurs problèmes psychologiques ne soient compris ; pour certains un dépistage et des soins précoces éviteront l'évolution vers le milieu asilaire.

— Le nombre réduit de **malades psychosomatiques** figurant dans une statistique portant sur les malades vus sur le plan psychiatrique dans un service de médecine générale peut certes paraître paradoxal. En fait, n'ont été retenus comme tels que les cas vraiment caractéristiques de l'expression somatique du trouble psychique. Il est probable que, surtout chez les nombreux déprimés qui ont été vus dans le cadre de ce travail, une recherche spécialement orientée dans cette voie serait d'un grand intérêt théorique et pratique.

— **Les cénestopathes et hypocondriaques** ont tout à gagner à être vus par le psychiatre du service de médecine générale. Hospitalisés au milieu de somatiques souvent graves et étiquetés comme « fonctionnels », ils sont souvent difficilement tolérés par un personnel surmené et renforcent leur attitude en conséquence. Le psychiatre, en plus de l'aide thérapeutique qu'il leur apporte, contribue à les intégrer d'une façon plus harmonieuse dans le service.

— Les deux cas **d'inadaptation au séjour hospitalier** qui sont cités ici ont été ceux où le diagnostic était flagrant, le séjour hospitalier étant responsable des troubles.

Peut-être ne faudrait-il pas retirer de ce modeste pourcentage l'impression qu'un satisfécit général est donné aux conditions d'hospitalisation de l'hôpital général. De nombreux malades présentent des difficultés d'adaptation au changement brutal de milieu que constitue l'hospitalisation, quelquefois même une aggravation de certains troubles psychiques, comme l'introspection hypocondriaque

favorisée par l'inaction et le confinement au lit. C'est là un problème général dont une approche de solution résidera sans doute dans une refonte de la conception même du cadre de l'hospitalisation (Hôpital de jour).

— Aucun cas de **toxicomanie** n'a été constaté en deux ans, c'est là une absence remarquable qui méritait d'être notée et qui tranche en tout cas sur les statistiques anglo-saxonnes, américaines en particulier. (43, 66).

TABLEAU III

ORIENTATION DES MALADES VUS PAR LE CONSULTANT DE L'ANTENNE

NON ORIENTES EN MILIEU PSYCHIATRIQUE 178 (52,5 %)	Traités au B.U.M. et sortis librement ..	124
	Refus de traitement ou sortis contre avis médical	5
	Service de Neurologie	36
	Service de Médecine	4
	Autres services	5
	Maison de Repos	3
	Hospice	1
DIRIGES EN MILIEU PSYCHIATRIQUE 159 (46,7 %)	Service fermé du C.H.U.	140
	Service ouvert du C.H.U.	10
	Cliniques Spécialisées	8
	Hôpital psychiatrique	1

N.-B. : Les 3 malades ne figurant pas dans ce tableau sont morts au cours d'un Délirium Trémens.

QUELQUES REMARQUES :

Les malades traités au B.U.M. ont donc bénéficié de la prise en charge psychiatrique sans devoir pour autant subir de transfert géographique.

Leur traitement psychiatrique, ainsi harmonieusement intégré dans le cadre du traitement gé-

néral a été prescrit pour la durée du séjour (surtout dans le cadre du bloc II) où pour être continué à domicile, avec très souvent rendez-vous pris pour des consultations de consolidation dans le cadre du service de psychiatrie du C.H.U.

Les malades dirigés en milieu psychiatrique l'ont été en grande majorité au Service universitaire de l'Hôpital de la Grave. Il faut savoir que cette solution a été en fait la plus souvent retenue en raison des facilités que ce service offre pour la prise en charge des malades, et notamment la présence du chef clinique consultant de l'antenne, et surtout dès le premier jour, un esprit de collaboration totale de l'équipe du service.

Soulignons également que la procédure coercitive du placement d'office n'a jamais été employée pour aucun des 340 malades vus par l'antenne.

Le seul placement en hôpital psychiatrique a été également volontaire. On peut donc dire que pour un échantillon très important d'une population de malades présentant des troubles psychiatriques divers, une procédure souple a pu être utilisée sans incident, pendant deux ans.

CONCLUSIONS

L'intérêt d'une antenne psychiatrique dans un service de médecine générale apparaît en filigrane dans le bilan du travail effectué au B.U.M. Toutefois, il est bon de résumer en quelques mots tous les services qui peuvent être ainsi rendus au malade, au somaticien, au psychiatre, à l'enseignement, et à la communauté.

SERVICES RENDUS AU MALADE :

En premier lieu il apparaît que l'accessibilité plus facile de l'hôpital général y conduit de nombreux malades justiciables d'une prise en charge psychiatrique et qui ne seraient probablement jamais directement adressés aux organismes spécialisés. Le milieu de l'hôpital général est d'autre part moins traumatisant, moins isolé de la communauté que les structures dépendant de la loi de 1838.

Dans une ambiance dédramatisée, les premiers contacts avec le psychiatre seront plus confiants, la relation n'en sera que meilleure et aussi plus durable, les traitements n'en seront que mieux acceptés.

Le malade bénéficie également de tous les avantages techniques des services de médecine du C.H.U., surtout lorsqu'il présente, associé à ses troubles psychiques un état somatique nécessitant des explorations diagnostiques poussées et des soins intensifs.

Il est naturellement entendu, et nous l'avons vu, que si les troubles présentés nécessitent l'orientation rapide en milieu spécialisé, l'indication posée, et rapidement exécutée.

Enfin, l'expérience prouve que le temps d'hospitalisation est plus court dans les services de médecine, ce qui joue en faveur d'un meilleur espoir de rapide réintégration sociale.

SERVICES RENDUS AUX SOMATICIENS
ET A L'EQUIPE DU SERVICE DE MEDECINE :

La collaboration bien comprise avec le psychiatre est un pas important fait en direction de la compréhension du malade dans sa totalité, vers l'exercice d'une médecine intégrale.

Sur le plan pratique, la résolution de problèmes diagnostiques et thérapeutiques en commun, avec le psychiatre conduit l'équipe médicale à plus de sécurité notamment dans le maniement des chimio-thérapies et aussi à une meilleure marche du service une fois les problèmes psychologiques de certains malades mieux réglés.

SERVICES RENDUS AUX PSYCHIATRES :

Le Psychiatre a tout à gagner à avoir un contact permanent avec les autres disciplines médicales, c'est-à-dire à l'excercice d'une psychiatrie intégrale.

Il trouvera sans cesse de nouveaux champs d'intérêt dans un milieu où son rôle est bien défini et fort utile, et où suivant l'expression de Péquignot « (92) il n'effectue nullement un braconnage ».

D'un point de vue scientifique et technique, les conditions d'investigations et d'étude de malades n'en seront que meilleures, avec en particulier l'assurance de bilans somatiques, cliniques et biologiques bien faits.

SERVICES RENDUS DANS LE CADRE
DE L'ENSEIGNEMENT :

Nous avons déjà rappelé la vocation universitaire du B.U.M. dans le cadre du C.H.U., et on peut souligner que le niveau de l'enseignement cli

nique progresse avec celui de la connaissance et du traitement du malade vu d'une façon globale.

De cet enseignement vivant et permanent, de psychiatrie et de clinique médicale, peuvent bénéficier tous les membres de l'équipe aussi bien le médecin généraliste que le psychiatre, aussi bien les étudiants en médecine que le personnel infirmier et para-médical.

Les étudiants en médecine seront au contact de malades qui formeront l'essentiel des occupations professionnelles futures de la plupart d'entre eux ; séparer dans l'enseignement le somatique du psychique serait aboutir à une caricature des malades qu'ils verront couramment, serait aller à contre courant d'un mouvement qui anime la médecine aussi bien hospitalière qu'extra-hospitalière.

Le personnel infirmier et para-médical peut une fois ces notions comprises, et ainsi inséré dans ses meilleures conditions de travail mieux tolérer et comprendre le malade qui n'est pas « sans histoires ».

SERVICES RENDUS A LA COMMUNAUTE :

Réinsérer le malade mental dans le milieu médical, c'est ne plus l'étiqueter en dehors de toute la pathologie dite organique, c'est supprimant ainsi (lorsque c'est possible) cette ségrégation donner une meilleure conscience psychiatrique à la communauté, c'est franchir une étape vers une meilleure hygiène mentale. Il est clair également que cette meilleure exploitation des possibilités du centre hospitalo-universitaire est infiniment plus économique que la dispersion des énergies et des soins en des structures différentes.

On voit que l'on débouche là sur un problème de santé mentale, qui est assez aigü et assez passionnant pour mériter des études plus approfondies.

Quoiqu'il en soit, l'intégration de l'action psychiatrique en médecine générale paraît être la bonne voie. Peut-être est-on en droit d'espérer que, ce qui actuellement relève d'initiatives personnelles et de bonnes volontés qui se sont rencontrées, sera un jour une règle générale.

Vu : Le Président du Jury,
C. BOULARD

Vu et permis d'imprimer :
Toulouse, le 26 Février 1971

Le Président du Conseil de l'Université Paul Sabatier,
L. LARENG

BIBLIOGRAPHIE

La place de la psychiatrie à l'hôpital général a fait l'objet surtout depuis quelques années, de nombreux travaux, reflet des idées, des expériences et des bilans propres à leurs auteurs, mais qui n'en présentent pas moins une remarquable concordance dans l'esprit qui les a animé, dans leurs résultats et dans l'intérêt qu'ils présentent tous.

C'est dire l'attention avec laquelle nous les avons consultés.

---

1. ABRAHAMS D. et GOLDEN J.S.
   Psychiatric consultation on a medical service.
   Arch of Int Med **112** n° 5 766.774 Nov. 1963.

2. ATKINS R. W.
   Psychiatric Emergency Service.
   Implications for the patients, the physician, the hospital and the communty.
   Arch Gen Psych 17/2 176.182 1067.

3. AYD F.J.
   Psychiatric Units in general hospitals.
   Am J. Public health **52** 11.15 (suppl.) 1962.

4. BAUDRY F. WIENER A. HURWITT E.S.
   indications for psychiatric consultation on a surgical service.
   surgery (novembre 1966) **60** p 993-1000.

5. BELLAK L.
   A general hospital as a focus of community psychiatry.
   J.A.M.A. **174** : 2214-2217 1960.

6. BELLAK L.
   The comprehensive community Psychiatry program at City - hospital. in Bellak :
   Handbook of community. Psychiatry and Community.
   Mental health New-York Grun and Stralton 1964.

7. BENNETT. A.E.
   Problems in establishing and maintaining psychiatric units in general hospitals.
   Am J. Psychiat **115** 974-979 1958.

8. BENNETT A.E. HARGROVE E.A. ENGLE B.
The pratice of psychiatry in general hospitals Berkeley Calif.
University of California. Press 1956.

9. BERNSTEIN S. KAUFMAN M.R.
The Psychiastrist in a general hospital.
J. MOUNT SINAI HOSPITAL. N Y **29** 385-391 1962.

10. BIBRING (G. L.)
Psychiatry and medical practice in a general Hospital.
New-Engl - J. Med. (23 février 1956).
- **254** n° 8 366-372.

11. BILLINGS
Liaison Psychiatry, an intern instruction.
Town. Assoc. Med Colleges **14** 375 1939.

12. BLANE. HOWARD T. MULLER. CHAFTEZ.
Acute Psychiatric Services in the general Hospital.
Current Status of emergency Psychiatric Services.
A.m. J. Psychiatry 124 (**4**'-Octobre 1967).
37-45.

13. BLASKO J. J.
The General Hospital Psychiatric Unit.
Ment. Hosp. B : **188.** 1962.

14. BONNET DE PAILLERETS (F.)
Les problèmes psychiatriques d'un service de médecine générale.
Thèse Paris 1960.

15. BORENSTEIN P. CUJO PH. CHIVA-TOUVENOT M-M. BLANC C. GUERIN M.
Quatre années de fonctionnement d'un foyer de post-cure psychiatrique rattaché à un secteur hospitalier.
Ann med. psychol. **128,** (4), 583-592, avril 1970.

16. BOUDIN G.
Les besoins neuro-psychiatriques d'un grand hôpital général.
Presse médicale **76**, 827-829 1968.

17. BOUDIN G. LAURAS A. CATTAN F.
Les pavillons d'agités et le sort des malades atteints de troubles psychiques dans les hôpitaux généraux de l'assistance publique.
Presse médicale **71**-23 1165-1168 1963.

18. BOYLE AW. HEIDENREICH J.C. MACHUGH R. T.
Open the door to mental patients.
Mod hosp **78** pt IV 66-68 1952.

19. BROOK CP.
Psychiatric units in general hospitals. Lancet **2** : 684-686 20 septembre 1964.

20. BUSH CK.
Psychiatric admission to general hospitals. Mod hosp **87** 104 1956.

21. CAMERON D E.
The modern department of psychiatry in the general hospitals
Texas J. Med **54** : 65-958 1958.

22. CAPLAN G.
Principles of preventive psychiatry. Basic Books Inc. New-York p 3.56 1954.

23. CAPOORE H.S. NIXON J.W.
Short-stay psychiatric unit in a general hospital.
Lancet **2** : 1351-1352 16 décembre 1961.

24. CHAFETZ M E.
Acute Psychiatric Services in the Emergency ward.
Mass Gen Hosp. News **222** : 1-3 1963

25. CHALKE F C.
Psychiatric unit in the general hospital.
Canad Hosp **37** : 56-57 1959.

26. CLARK M.
The popularization of psychiatry.
Amer J Psychiat **5** : 16-23 1951.

27. COBB (S. S.).
Psychiatry in general hospital.
Bull New-York. Acad.
Med. **LL** 137-146 March 1946.

28. COHEN N A. HALDANE F.P.
Inpatient Psychiatry in general hospitals.
Lancet **I** : 113 1962.

29. COLEMAN JV. ann ERRERA P.
Psychiatric problems and general hospitals.
Conn. Med **25** : 620-622 1961.

30. COLEMAN J.V. and ERRERA P.
The general hospital emergency room and its psychiatric problems.
Amer. J. public Health **53** 1924-1301 1963.

31. COURCHET J. L.
Compte-rendu d'activité d'un service de neuro-psychiatrie ouvert à l'hôpital général. Bilan de 5 ans d'activité.
Av **121** n° 4 585-588 avril 1963.

32. CUSHING J.G.N.
Role of the psychiatrist as a consultant.
Amer J. Psychit **106** 851-864 1950.

33. DAVIES B.
A Survey of psychiatric illnesses at 3 general out-patient clinics
University of Wales Thèse 1959.

34. DAVIES B.
Psychiatric illness at general hospital clinics.
Postgrad Med **40** 15.1964.

35. DUNN W.H.
Mental heath apportunities in general hospital.
35 190-198 1951.
MentHyg. 35 190-198 1951.

36. EATON J.W.
Resistance to psychiatry in a general hospital.
Ment Hosp **16** 156.60, mai 1965.

37. ELLIOTT G.A.
Psychiatry in general hospital.
S. Afr Med J **28** 561-567 1954.

38. ERRERA P. WYSHAK G. JARECKI H.
Psychiatric care in a general hospital emergency room.
Arch Gen Psychiat **9** 105-112 1963.

39. FELDMAN M.
La psiquiatria en el hospital general.
Arch Ven Psiq **Vol 1** nº 4 4956 mars 1955.

40. FERREY G.
hôpitaux de l'assistance publique de Paris.
Concours Med 89 nº **21** 4235-4241 27.5 1967.

41 FOX (H.M.).
Psychiatric residency on a medical service.
Arch. gen. psychiat. **II** - p. 19-23 Juillet 1964.

42. FRANKEL F. H., CHAFETZ M.E., BLANE H.T.
Treatment of Psychosocial Crises in the Emergency.
Service of a general Hospital.
J.A.M.A. **195** 626-628 1966.

43. FRIEDMAN Jacob H.
Importance of Neurologic and Psychiatric.
Consultations in a general Hospital.
New-York State J. of Medecine **20** 2720.2727 1967.

44. GAUTHIER C.A. et COULOMBE M.
La Psychiatrie dans l'Hôpital Général.
Union Méd. Canada **87** 12-15 1958.

45. GERAUD J. MORON P. LARENQ L.
A propos des 500 cas recueillis dans un centre de réanimation.
Problèmes Psychologiques posés par la tentative de suicide.
Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française. Marseille 7.12 1964.

46. GERTY F.J.
The Scope and Relationship of the Psychiatry in Medicine.
J.A.M.A. **143** 613.616 1950.

47. GHIRARDINI A. MENEGATI E.
Reparti psichiatrici aperti negli ospedali generali.
Igiene Mod. **60/1.2** 91.03 1967.

48. GILSENAN B.M.
Psychiatric units in general hospital.
Brit. Med. J. **5366** : 1201 9 novembre 1963.

49. GINSBURG S.W.
Psychiatric Consultations in a general hospital.
J. Mount Sinaï Hosp. **27** nº 4 487.396 juillet Août 1960.

50. GLASSCOTER M. CUMMING E. HAMMERSLY D.W. OZARIN L.D. SMITH H.
The Psychiatric Emergency. A Study of patterns of service.
Joint Information Service of the Amer. Psychiat. Ass. and the Nat. Ass. For Mental Health. Washington 1966.

51. GOLD M.
In.-Patients with psychiatric problems in a Tasmanian general hospital.
MED. J. AUST. **2** : 705. 1965.

52. GOLDENBER M.
El servicio de psiquiatria en los hospitales generales
Congresso latino-americano de psiquatria, Caracas mai 1961.

53. GONZALES G. MELIAN P.
Los problemas psicologicos en el hospital general.
II jornadas de psiquatria y neurologia Barbila 1960.

54. GOSSET J.
Problèmes psychiatriques en chirurgie générale.
Mémoires de l'Académie de Chirurgie n° 5 P122 1947.

55. GREEN J.R.
Incidence of alcoolism in patients admitted to the medical wards of a public hospital.
Med. J. Austr. **1** : 465 1965.

56. GUNN. SECHEHAYE A.
A propos de l'activité d'un service de consultation psychatrique à l'hôpital général.
Médecine et hygiène n° 792 p 903 13 septembre 1967.

57. HELSBORG H. C.
Psychiatric investigations of patients in a medical department.
Acta psychiat Scand **33**, 303-335 1958.

58. HEUYER.
La psychiatrie à l'Hôpital.
La semaine des hôpitaux **22** p 965 juin 1946.

59. JUSTIN BEZANÇON L. PEQUIGNOT H. BONNET DE PAILLERETS F.
Les problèmes psychiatriques d'un service de médecine générale.
Sem des hop **37** 831 1961.

60. KAMPMEIER R. H.
The psychiatric consultation in the general hospital.
Southern med j **59** 979 980 août 1966.

61. KAUFMAN M.R.
Role of psychiatrist in general hospital.
Psychiatric quart **27** - 367-381 1953.

62. KAUFMAN M. R.
A psychiatric unit in à general hospital.
J Mount Sinaï Hosp N Y **24** 527-579 1957.

63. KAUFMAN M.R.
The role of a general hospital in community psychiatry
Comprehens psychiat 4 1963.

64. KAUFMAN M.R. MARGOLIN S.G.
Theory of psychomatic medecine in general hospitals.
Med Clin. Amer. **32** 611-616 1948.

65. KAUFMAN M.R. LEHRMANS S. FRANZBLAU A.M., TABAT S. WEIMROTH L. FRIEDMAN S.
Psychiatric Findings in Admissions to a general hospital
J. Mount Sinaï Hosp. M. V. **26** 160-170 1959.

66. KEARNEY. (Thomas R.).
Psychiatric Consultations in a general hospital.
Brit. J. Psychiat. **112** 1237-1240 1966.

67. KENYON F. E. RUTTER M. L.
The psychiatrist and the general hospital.
Compr. Psychiat. **4** : 80.89. 1963.

68. KOUMANS A.J.
Psychiatric consultation in an intensive care unit.
J.A.M.A., **194** 633-637 8.11.65.

69. KRIZANG R.A.
The case for psychiatry in a general hospital.
Canad. Hosp. (septembre 1959) 36 p. 60.

70. KUBIE.
Impact of modern psychiatry on hospital organisation.
Bull. JOHN'S HOPKINS - HOSP 80, 348-360, June 1947.

71. LAMBLING A. CACHARD C. LE QUINTREC Y. DE VERBIZIER.
Antenne Psychiatrique à l'hôpital général.
Presse Med. **74** n° 46 2385-2386 29.10.66.

72. LECOMTE M.M.
De la nécessité d'étendre la capacité et la diversité des Services spéciaux en matière d'assistance psychiatrique
Ann. Med. Psychol. **113,2.** 1955.

73. LEDUC G.
La consultation en psychiatrie dans un hôpital général.
Un. Méd. Canada 94 : 500-503, avril 1965.

74 LEVINE M.
Psychiatry for internists. Am J. Orthopsych. **17** 598-601 1949.

75. LIDZ Théodore FLECK STEPHEN.
Integration of medical and Psychiatric methods and objective on a medical service.
Psychosomatic. Med. **XII** n° 2 1950.

76. LIMA GOMES O. et COLL.
Tabulacion estatistica del servicio de Medicina III.
Arch. Hosp. Vargas. **Vol 1** n° 1 p 37 janvier 1959.

77. LINN L.
Frontiers in General Hospital Psychiatry.
New-York International Universites Press 1961.

78. LIPOWSKI Z. J.
Consultation de Psychiatrie et Médecine Psychosomatique à l'hôpital general.
« Revue Med. Psychosomatique ». II n° 1 35-55, n° 2 171-203 1969.

79. LITTLE J.C.
Development of a Psychiatric Unit in a large general hospital.
Lancet **I** 376. 1963.

80. MAI F.M.M.
General Hospital Psychiatry. Data analysis of a unit.
Med. J. Aust. **2** : 986 1966.

81. MANNUCCI I.M.
The psychiatric in-patient unit in the general hospital.
Amer J. Psychiat. **121** 52-57 juillet 1964.

82. MARCHAIS P.
Expérience psychiatrique en Hôpital Général et loi de 1838.
Ann. Med. Psychol. novembre 1967. **125** n° 4 582-590.

83. MARCUS A.M.
A. Pilot study of the psychiatric consultation service in a general hospital setting.
Canad. Psychiat. Ass. J. **9** : 19-27 février 1964.

84. MATEO ALONSO A. BAEZ-FINOL J. LIMA GOMEZ O.
Unidades psiquiatricas en hospitales generales y otras instituciones.
Congrès Latino-Americain de spychiatrie caracas mai 1961.

85. MEYER, MENDELSON-MYER.
Psychiatric consultations with patients on medical and surgical wards.
J. Stud Inter Proc. **24** n° 3 1961.

86. MONTASSUT M. GACHKEL V. CHERTOK L.
La liaison psychiatrique à l'hôpital général.
Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de langue française. Luxembourg 21-27 Juillet 1952. P. 432-438.

87. MOORE M.
Need for psychiatry in a municipal general hospital.
New England J. Med **244** 135-136 1951.

88. MOROSS H.
The Administration of a psychiatric service.
In a general hospital. S. Afr. Med J. **28** 886-889 1954.

89. OBERNDORF C.F.
The psychiatric clinic in a general hospital.
Med. J. Rec. **121** : 426 1925.

90. PASAMANICK S. D.
Schizophrenics in the community. An experimental study in the prevention of hospitalization.
Appleton - century crofts. New-York 1967.

91. PAULY I.B. SOSLOW E. BROWN J.S.
A psychiatric service in a general hospital. Ten years experience in a setting for social learning .
Int. J. Soc. Psychiat 13/2 85-92 1967.

92. PEQUIGNOT H.
Personnes âgées et malades mentaux dans les hôpitaux généraux.
Symposium relatif aux relations entre l'hôpital et la population qu'il dessert : 3.13 novembre 1958.

93 PEQUIGNOT H. GUERRE J. PORTOS J.L. PERRIER F.J.
Les problèmes psychiatriques du consultant de médecine générale. Entr de Bichat Médecine 1965 p 493.

94. PEQUIGNOT H. CHRISTOFOROV B. VAN-AMERONGEN P.
Problèmes de géronto-psychiatrie dans un service de médecine générale.
Concours Med. 7 juin 1969. **91**-23. 4911-4914.

95. PEQUIGNOT H. VAN-AMERONGEN P.
La place du psychiatre dans un service de médecine générale. G.M.F. **77** n° 3 1970. 531-533.

96. PENOT B. Rapport concernant l'organisation des soins psychiatriques dans les hôpitaux généraux.
Concours Med. 89 n° 21 4241-425.
27 mai 1967.

97. PEARSON R. S. B.
Psychoneurosis in hospital practice Lancet. 1, 451-456 1938.

98. PESTEL M. BOEGNER-PLICHET.
Importance de l'effectif des malades mentaux dans un service de médecine générale.
Presse Medicale **76** n° 22 4 mai 1968.

99. QUARTI C. RENAUD J.
Conduite à tenir dans un hôpital général en face d'une tentative de suicide.
Vie Médicale 48-52 mai 1952.

100. QUEN J. M.
Use and abuse of the psychiatric consultant.
Corneil Med. Cent. New-York **37/5** 115-119 1968.

101. RICHMAN A.
Psychiatric care in a general hospital.
Canada Hosp. **42,** 45-48. Mai 1965.

102. ROBERT C.
Psychiatric services in general hospitals in Canada.
Canad M. A.J. 78 : 774-778 1958.

103. ROBERTS B.H. NORTON N.M.
Prevelance psychiatric illness in a medical out-patient clinic.
New Engl. J. Med **246,** 82-86 1952.

104. ROULEAU Y.
Considérations sur la psychiatrie dans l'hôpital général.
Laval Medical **31** 60-117 janvier 1961.

105. RUD F.
Psychiatric activites and instruction at a general hospital.
J. Clin. Psychopath. **14,**139-158 1953.

106. SAFIRSTEIN S.L.
Psychiatric affercare services : their place in the continuum of patient care.
J. Mont Sinaï Hosp. **32** 578-587 1965.

107. SAFIRSTEIN S. L.
Psychiatric aftercare : an opportunity and a challenge
J. Mt. Sinaï Hosp. **34** 1345.145 167.

108. SAFIRSTEIN S.L.
Psychiatric aftercare in a general hospital : some basic principles and their implications for community psychiatry.
123 rd Ann. Meet. Amer. Psychiat. Ass. Detroit 1967.

109. SAFIRSTEIN S.L.
Psychiatric aftercare in a general hospital. A system of prevention in the community.
Psychoth. Psychosom **16** 16-22 1968.

110. SCHIFF, SHELDON K PILOT MARTIN.
An approach to psychiatric consultation in the general hospital.
Arch.Gen. Psychiat **1** 349-357 octobre 1959.

111. SCHNEIDER P. B.
Les aspects psychologiques des consultations psychiatriques à l'hôpital général.
Praxis **56** 26 913-920 1967.

112. SCHNEIDER P.B. SCHWED S.
A propos de l'investigation psychiatrique à l'hôpital général.
Acta Psychoth. **12** : 161-167 n° 3 1964 .

113. SCHULBERG H.C.
Psychiatric unit in general hospitals : boon or bane ?
Amer J. Psychiat **120** : 30-36, Juillet 1963.

114. SCHWAB J. J.
Psychiatric consultations.
The interface between psychiatry and general medicine.
Arch. Gen. Psych. Chicago) **14** 504-508 mai 1966.

115. SCHWARTZ M.D. and ERRERA P.
Psychiatric care in a general hospital emergency room.
Arch. Gen. Psychiat. **9** : 113-121 1963.

116. SHEPHERD DAVIES CULPAN.
Psychiatric illness in the general hospital.
Acta Psychiat. Neurol. Scand. **35**,4 518-525 1960.

117. STAFFORD-CLARK.
Psychiatry at Guy's hospital.
Guy's hospital Rep. **114** : 115 1965.

118. TOMPINKS H.J.
Psychatric treatment in general hospital and private practice.
Amer J. Psychiat **122** 1011-1014 mars 1966.

119. TROMPIZ H. G.
Indices de « Neurotiscimo » en el hospital Vargas.
Journées du 70me anniversaire de l'hôpital Vargas Caracas. juillet 1961.

120. VERAART J.B.M. HEERES P.A. DE-VILDE J.A.
De psychiatrische patient int het algemene Ziekenhuis.
Ziekenhuisswezen. **40**.1 : 5-16 1967.

121. WATKINS.
Psychiatry and general medicine.
J. Louisiana. Med. Soc. **118** 86-90 mars 1966.

122. WOLF S. WOLFF H. G.
Notes on symposium : internist as psychiatrist.
Ann. Int. Med. **34** 212-216 1951.

123. WOODFORDE J.M.
A general hospital psychiatric unit.
Medical Journal of Australia **54**,17 : 763-768 1967.

124. WUANI H. SILVIO E. TROMPHI G. SILVA M. TELLEZ N.
Revision de los primeros 3000 casos vistos en el servicio de triaje del hospital Vargas. Vol **II** n° 4 p 519-534 oct. Dec. 1960.

125. ZUSMAN J.
The psychiatrist as a member of emergency-room team, **123**/11 1394-1481 1967.